

《 記入例は2枚目を参照 》

【1011】 限度額適用・標準負担額減額認定証交付申請書

ポイント

- ・提出先は、会社の事務担当となります。請求者が事業主を経由して請求することを望まない場合は、直接 JR 健保に送付してください。
(被保険者の退職後、任意継続になられた方は、直接 JR 健保へ送付してください。)
- ※事業主を経由せず JR 健保に直送する場合、備考を読んで該当する箇所を二重抹線
- ※有効期限は、毎年7月31日までです。
(任意継続の場合、資格満了日までで7月31日までとならない場合があります。)
- ※現在この認定証をお持ちで、**定年再雇用、任意継続等取得区分に変更があった場合は、自動発行となり申請書提出の必要はありません。**

記入内容

- (1)・(2) は、カード被保険者証の記号・番号を記入
 - (3) 被保険者氏名を記入
 - (4) 勤務箇所を記入 (任意継続は、記入不要)
 - (5) 減額の対象となる方の氏名を記入 (姓と名の間は、1マスあけて記入)
 - (6) 対象となる方の続柄 (本人、妻、長男、二女、父、母など)
 - (7) 対象となる方の生年月日を記入
 - (8) 対象となる方の性別を記入
 - (9) 証の送付先住所を記入
 - (10) 標準負担額の減額の別の番号を記入
 - (11) 低所得者Ⅰ、Ⅱの別の番号を記入 (70歳以上の高齢受給者の方のみ記入)
※低所得者Ⅰ…被保険者及び全ての被扶養者それぞれの給与、年金等の収入から必要経費、控除額を引いた時、各所得がいずれも0円となる場合
※低所得者Ⅱ…①被保険者の前年度住民税が非課税となった場合
②生活保護法の要保護者であるが、低所得者の特例を受けることができれば保護を必要としない状態となる場合
 - (12) 長期入院 (該当、非該当) の番号を記入 (申請日前1年間の入院日数: 90日超える場合⇒「0: 該当」、90日以下の場合⇒「1: 非該当」)
《ここから下の記入欄は、長期該当者として申請する方のみ記入》
 - (13) 入院日数合計を記入 (以下①及び②の合計日数を記入)
①・②は、申請日前1年間の入院期間及び入院した保険医療機関等を記入
※長期該当者として申請する場合は、入院期間を確認できる書類 (領収書等) を添付
- ・被保険者署名欄は、申請書の提出日、勤務箇所 (任意継続の方は未記入)、住所、氏名 (被保険者が自署の場合は、押印は不要)、押印 (ご家族や事務担当の方などが氏名を記入した場合は必要)、電話番号 (自宅・携帯) は、問い合わせができるように記入

【添付書類】

- (1) 被保険者の住民税が非課税となった場合……**市区町村発行の非課税得証明書**
- (2) 生活保護法の要保護者であるが、低所得者の特例を受けることができれば保護を必要としない状態となる場合
……**保護開始決定通知書、保護変更決定通知書、保護廃止決定通知書のいずれか**

1 : 限度額適用・標準負担額減額認定証交付申請書

注1 太枠内に記入してください。光学処理を行いますので、枠からはみ出さないように丁寧に記入してください。

注2 マス目への記入は、1つの枠に濁点も含めて1文字とし、左詰めとしてください。

注3 マス目の右に凡例がある場合は、該当する数字を記入してください。

(1) 被保険者証の記号	(2) 被保険者証の番号	(3) 被保険者氏名	(4) 勤務箇所
0000	00000000	健保 太郎	〇〇 駅
(5) 減額の対象となる方の氏名	(6) 対象となる方の続柄	(7) 対象となる方の生年月日	(8) 対象となる方の性別
健保 花子	妻	5 5:昭和 7:平成 9:令和 000000	1 0:男 1:女
(9) 証の送付先住所	〇〇県〇〇市〇〇区〇〇〇〇		

(10) 標準負担額の減額の別	(11) 低所得I、IIの別 (70歳以上の高齢受給者の方のみ記入してください。)
0 0:市町村民税非課税者 1:標準負担額の減額により生活保護法の要保護とならない者	0 0:低所得者I 1:低所得者II

(12) 長期入院 ※申請日の前1年間の入院日数が90日を超えている場合は「0:該当」、90日以下の場合は、「1:非該当」を記入してください。

0 0:該当 1:非該当

《ここから下の記入欄は、長期該当者として申請する方のみ記入してください》

(13) 入院日数合計	000 日間
-------------	--------

① 申請日の前1年間の入院期間(日数)	入院をした保険医療機関等
令和元 年 〇〇 月 〇〇 日から 令和元 年 〇〇 月 〇〇 日まで	〇〇 日間
〇〇 日間	名称 〇〇病院 所在地 〇〇県〇〇市〇〇区〇〇〇〇
② 申請日の前1年間の入院期間(日数)	入院をした保険医療機関等
令和元 年 〇〇 月 〇〇 日から 令和元 年 〇〇 月 〇〇 日まで	〇〇 日間
〇〇 日間	名称 〇〇病院 所在地 〇〇県〇〇市〇〇区〇〇〇〇

上記のとおり健康保険法施行規則第105条の規定に基づき申請いたします。

令和元 年 〇〇 月 〇〇 日

ジェイアールグループ健康保険組合理事長 殿

勤務箇所 〇〇 駅

被保険者

氏 名 健保 太郎

電 話 〇〇〇 - 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇

* 被保険者が自ら記入する場合は、被保険者の押印は省略可

備考 本申請の提出方法につきましては、「被保険者から直接健康保険組合へ申請」、または「事業主を経由して健康保険組合へ申請」のいずれも可能です。

事業所使用欄	箇所長	電話	000 - 0000	健保担当課	事業主整理番号	0000
--------	-----	----	------------	-------	---------	------